HORS OFFRE MEDOC

La grille de prestation.

Ma Commune Ma Santé

Garanties ACTIOM (y compris Sécurité Sociale)	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau H1	Niveau H2	
HONORAIRES MÉDICAUX, CHIRURGICAUX								
- Médecins OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	125% BR	150% BR	180% BR	250% BR	150% BR	300% BR	
- Médecins non OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	110% BR	130% BR	160% BR	200% BR	150% BR	300% BR	
Frais de séjour pour établissements conventionnés	100% BR	130% BR	150% BR	175% BR	200% BR	150% BR	300% BR	
Frais de séjour pour établissements non conventionnés	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	
Forfait journalier hospitalier et psychiatrique	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	
Chambre particulière y compris maternité*	-	40€ / j	50€ / j	60€ / j	80€ / j	50€ / j avec une franchise de 5j	50€ / j avec une franchise de 5j	Delai de carence de 6mois sur la chambre particulière en hospitalisation.
Chambre particulière en chirurgie ambulatoire	-	20€ / j	20€ / j	25€ / j	30€ / j			
Frais d'accompagnement (enfants de moins de 16 ans)	-	20€ / j	20€ / j	30€ / j	30€ / j			Limité à 10 jours par an - et le conjoint
Participation forfaitaire de 24 €	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	
Franchise sur actes lourds (>120 €)	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	
Transport pris en charge par l'AMO	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	
SOINS COURANTS								
Consultation visite généraliste								
Médecins OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	130% BR	150% BR	180% BR	200% BR	100% BR	200% BR	
Médecins non OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	110% BR	130% BR	160% BR	180% BR	100% BR	200% BR	
Consultation visite spécialiste								
Médecins OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	130% BR	150% BR	180% BR	200% BR	100% BR	200% BR	
Médecins non OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	110% BR	130% BR	160% BR	180% BR	100% BR	200% BR	
Actes techniques médicaux / de spécialité								
Médecins OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	130% BR	150% BR	180% BR	200% BR	100% BR	200% BR	
Médecins non OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	110% BR	130% BR	160% BR	180% BR	100% BR	200% BR	
Radiologie								
Médecins OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	130% BR	150% BR	180% BR	200% BR	100% BR	200% BR	
Médecins non OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	110% BR	130% BR	160% BR	180% BR	100% BR	200% BR	
Analyses	100% BR	130% BR	150% BR	180% BR	200% BR			
Auxiliaires médicaux	100% BR	130% BR	150% BR	180% BR	200% BR			
Orthopédie et appareillage	100% BR	130% BR	150% BR	180% BR	200% BR			
Médicaments à 65%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR			
Médicaments à 30%	-	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR			
Médicaments à 15%	-	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR			
Médicaments et vaccins prescrits non remboursés	-	-	-	80% FR limité 50€/an	80% FR limité 100€/an			
Prothèse capillaire, mammlaire et oculaire	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR			
AIDES AUDITIVES - renouvellement tous les 4 ans								
Equipement de classe I - Panier 100% santé	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR			
Equipement de classe II - Panier libre - 20 ans et plus	400 € par oreille	500 € par oreille	600 € par oreille	700 € par oreille	900 € par oreille			
Equipement de classe II - Panier libre - moins de 20 ans	1400 € par oreille	1400 € par oreille	1400 € par oreille	1400 € par oreille	1400 € par oreille			Base de remboursement pour les moins de 20 ans à hauteur de 1400 €
Autres prestations liées aux aides auditives (piles…)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR			
DENTAIRE								
Soins et prothèses du panier 100% santé	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR			
Soins dentaires	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR			
Inlay Onlay	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR			
Prothèses dentaires remboursées par l'AMO	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR			
Inlay Core remboursées par l'AMO	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR			
Prothèses dentaires provisoires remboursées par l'AMO	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR			
Bridges remboursés par l'AMO	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR			
Prothèses amovibles remboursées par l'AMO	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR			Les niveaux 4 et 5 limités au niveau 3 mois
Orthodontie remboursée par l'AMO	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR			sur les actes dentaires dans les 3 mois
Prothèses dentaires non remboursées par l'AMO								suivants la souscription (hors 100% santé)
Parodondotogie non remboursée par l'AMO	-	-	200 €/an	300 €/an	400 €/an			
Implantologie non remboursée par l'AMO								Forfait annuel global pour l'ensemble des prestations.
Plafonds de remboursements	-	500 €/ an 100% BR au dela	800 €/an 100% BR au dela	1200 €/an 100% BR au dela	1400 €/an 100% BR au dela			
OPTIQUE 1 équipement tous les 2 ans								
Equipement de classe A - Panier 100% santé	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR			
Suppléments et prestations pour équipement classe A - Panier 100% santé	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR			
Equipement classe B - Panier libre								
Monture	100% BR	50 €	70 €	90 €	100 €			
Verre simple (Type 1)	100% BR	50 €	60 €	70 €	80 €			
Verre complexe (Type 2)	100% BR	90 €	100 €	110 €	120 €			
Verre très complexe (Type 3)	100% BR	110 €	120 €	130 €	140 €			
Suppléments et prestations pour équipement classe B - Panier libre	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR			
Lentilles remboursées par l'AMO	100% BR	SS + 70€/an	SS + 80€/an	SS + 90€/an	SS + 100€/an			
Lentilles non remboursées par l'AMOI	-	70€/an	80€/an	90€/an	100€/an			
Chirurgie réfractive	-	-	100€/œil/an	150€/œil/an	250€/œil/an			
AUTRES SOINS								
Médecine douce (ostéopathe, acupuncteur, pedicure- podologue, étiopathe, chiropracteur, diététicien, psychomotricien, psychologue, naturopathe, microkinésithérapeute…)	-	x30€/an/pers.	x30€/ an / pers.	3x30€/an/pers.	4x30€/an/pers.			
Cure thermale remboursées par l'AMO (forfait global) - sur présentation d'un justificatif	-	100% BR	100% BR + 50 €/an	100% BR + 100€/an	100% BR + 150€/an			
PRÉVENTION								
Tous les actes de prévention du contrat responsable pris en charge par la Sécurité Sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR			
ASSISTANCE	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
GARANTIE OBSÈQUES	-	-	500€	1000€	1500€	-	1500€	Allocations accordées par Mutac
REMBOURSEMENT COTISATION EN CAS D'HOSPITALISATION	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Remboursement accordé par Sphéria franchise de 8 jours

Toutes les informations sur notre site

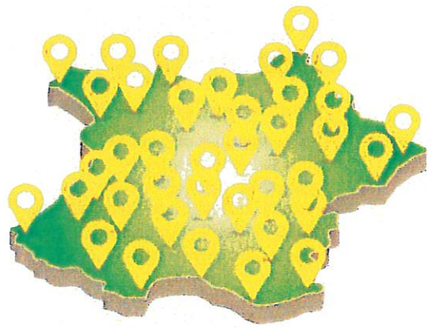
statuts , conditions générales, présentation, actualités etc …

www.associationactiom.org

Geo Sentinel
L'OEIL BIENVEILLANT

Sphéria vie

Nos implantations



près de **3000 communes**

près de **+ 30000 bénéficaires**

*Limitation à 30 jours par an pour les remboursements de la maison de repos et hospitalisation psychiatrique.
OPTAM : Option Tarifaire Maitsé
OPTAM-CO : Option Tarifaire Maitrisé Chirurgie Obstétrique
SS : Sécurité Sociale
BR : Base de remboursement
FR : Frais réels
PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

Les partenaires.

Les + Miltis

Créée en 1995 par des travailleurs indépendants Lyonnais, experte en santé. Les maitres mots : solidarité, proximité, innovation, confiance et indépendance.

Les + MIE

Mutuelle Intergroupes d'Entraide, fondée en 1945. Membre de la FNMF, Fédération Nationale de la Mutualité Française. Ses vertus : solidarité, démocratie et transparence.

Les + PAVILLON PRÉVOYANCE

Union de mutuelles basées en Gironde, avec une expérience dans la protection sociale confirmée de plus de 90 ans. Membre de la Mutualité Française. Le véritable esprit mutualiste !

2 possibilités pour
vous informer & vous accompagner
dans votre démarche

Je contacte les conseillers spécialisés par téléphone !
Le n° dédié

▸ 05 64 10 00 48
Service conseils & Prise de RDV
(Prix d'un appel local)

Ouvert du lundi au vendredi, de 9h00 à 18h00

- Infos formules et garanties
- Conseil et souscription
- Gestion et suivi du contrat
- Aide à l'utilisation des services et outils
- Prise de RDV et inscription à une permanence dans votre commune.

Je rencontre mon référent local, lors de la prochaine permanence !
L'inscription permanence

Renseignements auprès de votre CCAS ou Inscription directe au 05 64 10 00 48

- Conseil et analyse des contrats
- Calculs et simulations des garanties
- Accompagnement personnalisé *(adhésion, résiliation, modification...)*

www.associationactiom.org

ACTIOM Association loi 1901 numéro W332016987-domiciliée 8, avenue Roger Lapébie - Zi Chanteloiseau - 33140 Villenave d'Ornon
Ma Commune Ma Santé marque déposée à l'INPI sous le n° 14/4081827

COORDONNÉES RÉFÉRENT LOCAL

OFFRE MEDOC

05 56 43 59 30

Services Conseils & Souscriptions

ACTIOM

Document non contractuel et mentions : AOUT 2020 - Ne pas jeter sur la voie publique © CYGEQ communication 0567104723

ACTIOM

Adhésion immédiate
▸ 05 64 10 00 48
Lignes ouvertes du lundi au vendredi de 9h à 18h

Ma Commune Ma Santé
Offre 2021

Association ACTIOM

• **ACTIOM** est une association d'assurés, loi 1901.
Partenaire de plus de **3000 communes** en France et **5 Départements**, elle négocie, accompagne, protège, plus de **30000 bénéficiaires** à ce jour.
Ses 2 missions principales : retour à l'accès aux soins et l'amélioration du pouvoir d'achat.

Les valeurs de l'association

INDÉPENDANCE : Les choix de Actiom ne sont dictés que dans l'intérêt des adhérents.

COMPÉTENCE : Un véritable professionnel de l'assurance pour vous accompagner localement.

SOLIDARITÉ : Entre communes, entre adhérents, les mêmes solutions partout en France.

MUTUALISATION : Ensemble, on est plus fort !

DISPONIBILITÉ : Du lundi au vendredi de 9h à 18h
Tél. 05 64 00 00 48.

Les + produits

- Toutes les solutions proposées ont été construites par et pour l'association **ACTIOM** :
  - **7 niveaux de garanties**
  - **3 Mutuelles partenaires**
  - **Des grilles de garanties exclusives**
  - **Assistance 24h/24 7jours/7**
  - **Garantie de remboursement de frais d'obsèques** selon le niveau souscrit
  - **Télémédecine**
  - **Montre connectée financée** en cas de déclaration de dépendance (à partir de Gir3)

Les services + de l'association

Geo Sentinel

La liberté, en toute sécurité.
Un dispositif d'alerte pour les personnes en perte d'autonomie GIR3, GIR2 et GIR1, qui permet de suivre en temps réel les constantes de santé ainsi que les déplacements de vos proches (ou patients) dans un périmètre défini.

Sphéria vie

Spheria.
Remboursement de cotisation en cas d'hospitalisation de plus de 7 jours.

Dispositif Télémédecine.

Garantie de remboursement de frais d'obsèques.

Assistance Santé.
24h/24 7jours/7

ACTIOM
Association loi 1901

Tarifs ACTIOM 2021 - Zone 3

Tarifs mensuels TTC 2021
18/09/2020

Ces tarifs s'entendent
hors droits associatifs et frais services
+ à 2,90€ par Contrat

PAVILLON PRÉVOYANCE MUTUELLE SANTÉ

Miltis

MIE MUTUELLE INTERGROUPES D'ENTRAIDE

N° Dépts	Âge	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau H1	Niveau H2
01 - 02 - 08 - 21 - 31 - 33 - 34 - 54 - 55 - 67 - 68 - 69 - 74 - 80 - 88	< 20 ans	17,45 €	25,32 €	30,64 €	36,55 €	44,90 €	7,95 €	15,80 €
	20	17,55 €	25,44 €	30,81 €	36,58 €	45,10 €	8,90 €	17,60 €
	21	17,65 €	25,60 €	30,98 €	36,60 €	45,31 €	8,95 €	17,68 €
	22	17,74 €	25,76 €	31,15 €	36,63 €	45,52 €	9,09 €	17,93 €
	23	17,84 €	25,92 €	31,31 €	36,66 €	45,72 €	9,32 €	18,34 €
	24	18,48 €	26,08 €	31,48 €	36,69 €	45,93 €	9,62 €	18,89 €
	25	19,21 €	26,24 €	31,65 €	36,72 €	46,14 €	9,96 €	19,51 €
	26	19,97 €	27,51 €	33,23 €	38,60 €	46,34 €	10,31 €	20,15 €
	27	20,73 €	28,76 €	34,80 €	40,45 €	46,55 €	10,64 €	20,76 €
	28	21,48 €	30,00 €	36,33 €	42,26 €	46,76 €	10,96 €	21,35 €
	29	22,24 €	31,24 €	37,85 €	44,04 €	48,65 €	11,27 €	21,92 €
	30	23,02 €	32,42 €	39,31 €	45,74 €	50,45 €	11,57 €	22,47 €
	31	23,79 €	33,52 €	40,64 €	47,29 €	52,06 €	11,85 €	22,98 €
	32	24,56 €	34,52 €	41,83 €	48,63 €	53,45 €	12,12 €	23,46 €
	33	25,35 €	35,43 €	42,88 €	49,82 €	54,65 €	12,38 €	23,92 €
	34	26,19 €	36,32 €	43,87 €	50,90 €	55,73 €	12,64 €	24,37 €
	35	27,05 €	37,16 €	44,80 €	51,91 €	56,72 €	12,90 €	24,82 €
	36	27,89 €	37,95 €	45,67 €	52,85 €	57,64 €	13,14 €	25,23 €
	37	28,68 €	38,69 €	46,49 €	53,73 €	58,51 €	13,37 €	25,61 €
	38	29,43 €	39,42 €	47,31 €	54,62 €	59,40 €	13,57 €	25,95 €
	39	30,17 €	40,18 €	48,16 €	55,55 €	60,35 €	13,77 €	26,28 €
	40	30,90 €	40,95 €	49,05 €	56,52 €	61,35 €	13,96 €	26,59 €
	41	31,60 €	41,73 €	49,94 €	57,52 €	62,40 €	14,13 €	26,88 €
	42	32,27 €	42,54 €	50,86 €	58,54 €	63,50 €	14,30 €	27,16 €
	43	32,93 €	43,39 €	51,82 €	59,63 €	64,69 €	14,46 €	27,42 €
	44	33,62 €	44,35 €	52,87 €	60,82 €	65,99 €	14,63 €	27,70 €
	45	34,33 €	45,36 €	53,98 €	62,09 €	67,40 €	14,81 €	27,98 €
	46	35,04 €	46,39 €	55,13 €	63,40 €	68,85 €	14,99 €	28,27 €
	47	35,74 €	47,44 €	56,31 €	64,74 €	70,35 €	15,18 €	28,56 €
	48	36,47 €	48,55 €	57,56 €	66,16 €	71,94 €	15,38 €	28,87 €
	49	37,24 €	49,77 €	58,90 €	67,69 €	73,64 €	15,60 €	29,21 €
	50	38,05 €	51,00 €	60,30 €	69,30 €	75,44 €	15,85 €	29,57 €
	51	38,88 €	52,23 €	61,72 €	70,92 €	77,25 €	16,12 €	29,95 €
	52	39,72 €	53,44 €	63,13 €	72,53 €	79,05 €	16,42 €	30,35 €
	53	40,60 €	54,69 €	64,56 €	74,18 €	80,90 €	16,77 €	30,80 €
	54	41,55 €	56,01 €	66,07 €	75,90 €	82,82 €	17,16 €	31,29 €
	55	42,57 €	57,38 €	67,65 €	77,69 €	84,80 €	17,61 €	31,83 €
	56	43,61 €	58,79 €	69,25 €	79,48 €	86,77 €	18,10 €	32,42 €
	57	44,69 €	60,26 €	70,88 €	81,28 €	88,70 €	18,64 €	33,05 €
	58	45,83 €	61,82 €	72,59 €	83,13 €	90,68 €	19,24 €	33,75 €
	59	47,06 €	63,47 €	74,44 €	85,09 €	92,74 €	19,92 €	34,55 €
	60	48,37 €	65,28 €	76,41 €	87,16 €	94,90 €	20,68 €	35,43 €
	61	49,70 €	67,13 €	78,43 €	89,27 €	97,10 €	21,49 €	36,37 €
	62	51,04 €	69,00 €	80,49 €	91,42 €	99,34 €	22,35 €	37,36 €
	63	52,45 €	70,94 €	82,66 €	93,69 €	101,71 €	23,28 €	38,45 €
	64	53,96 €	73,00 €	84,99 €	96,13 €	104,28 €	24,32 €	39,66 €
	65	55,58 €	75,19 €	87,47 €	98,73 €	107,02 €	25,45 €	40,97 €
	66	57,24 €	77,44 €	90,00 €	101,39 €	109,83 €	26,62 €	42,33 €
	67	58,96 €	79,74 €	92,57 €	104,11 €	112,71 €	27,82 €	43,74 €
	68	60,78 €	82,16 €	95,26 €	106,95 €	115,73 €	29,11 €	45,24 €
	69	62,74 €	84,79 €	98,12 €	109,99 €	118,97 €	30,50 €	46,87 €
	70	64,80 €	87,51 €	101,12 €	113,17 €	122,37 €	31,99 €	48,61 €
	71	66,85 €	90,22 €	104,11 €	116,36 €	125,79 €	33,51 €	50,39 €
	72	68,86 €	92,89 €	107,09 €	119,55 €	129,19 €	35,06 €	52,21 €
	73	70,86 €	95,58 €	110,12 €	122,81 €	132,67 €	36,69 €	54,12 €
	74	72,91 €	98,28 €	113,30 €	126,23 €	136,31 €	38,45 €	56,18 €
	75	75,00 €	101,15 €	116,61 €	129,81 €	140,06 €	40,31 €	58,35 €
	76	77,06 €	104,03 €	119,93 €	133,40 €	143,77 €	42,21 €	60,55 €
	77	79,10 €	106,91 €	123,27 €	137,00 €	147,40 €	44,14 €	62,76 €
	78	81,18 €	109,88 €	126,69 €	140,69 €	151,04 €	46,12 €	65,03 €
	79	83,37 €	112,99 €	130,28 €	144,52 €	154,75 €	48,20 €	67,38 €
	80	85,69 €	116,23 €	133,96 €	148,42 €	158,50 €	50,33 €	69,79 €
	81	88,06 €	119,44 €	137,58 €	152,19 €	162,12 €	52,41 €	72,11 €
	82	90,51 €	122,61 €	141,10 €	155,79 €	165,59 €	54,41 €	74,35 €
	83	93,13 €	125,84 €	144,64 €	159,33 €	169,05 €	56,42 €	76,58 €
	84	96,01 €	129,27 €	148,34 €	162,98 €	172,66 €	58,53 €	78,92 €
	85	99,11 €	132,91 €	152,28 €	166,82 €	176,49 €	60,80 €	81,41 €
	86	102,32 €	136,69 €	156,36 €	170,83 €	180,49 €	63,22 €	84,05 €
	87	105,60 €	140,62 €	160,64 €	175,06 €	184,72 €	65,83 €	86,88 €
	88	108,97 €	144,76 €	165,19 €	179,61 €	189,25 €	68,70 €	89,96 €
	89	112,42 €	149,09 €	169,98 €	184,45 €	194,06 €	71,79 €	93,27 €
	90 et plus	115,76 €	153,79 €	174,71 €	189,27 €	198,84 €	74,89 €	96,58 €

Tarif à titre indicatif selon situation familiale et services +

Votre CCAS se mobilise pour votre santé et votre pouvoir d'achat avec :

Ma Commune Ma Santé

La solution santé mutualiste accessible à tous !

Adhésion immédiate au 05 56 43 59 30

- Le retour à une couverture de santé pour vous et vos proches grâce à votre CCAS.
- Une tarification simple générant une réelle économie sur votre cotisation.
- Une mutuelle ouverte à tous.

	Adhérent(e) (chef de famille) **âgé(e) de moins de 65 ans.**	**Adhérent(e)** (chef de famille) **âgé(e) de 65 à 74 ans.**	**Adhérent(e)** (chef de famille) **âgé(e) de 75 ans et plus.**
Tarifs mensuels 2021 - Par personne : adhérent + ayant(s) droit			
Adulte	**57,43 €**	**87,76 €**	**92,73 €**
Enfant	**46,85 €**	**46,85 €***	**46,85 €***
Tarifs mensuels 2021 - Cotisation mensuelle totale à partir de 3 personnes			
Famille	**147,96 €**	-	-

* Conformément à la notice d'information en vigueur : à partir du 3e enfant à charge, l'enfant à charge ayant droit de l'adhérent est exonéré de cotisation.
Exemples : adhérent(e) âgé(e) de 40 ans + 1 adulte : 57,43 € x 2 = 114,86 €/mois - adhérent(e) âgé(e) de 68 ans + 1 adulte : 87,76 € x 2 = 175,52 €/mois - adhérent(e) âgé(e) de 79 ans + 1 adulte : 92,73 € x 2 = 185,46 €/mois - adhérent(e) âgé(e) de 68 ans + 1 enfant : 87,76 € + 46,85 € = 134,61 €/mois
adhérent(e) âgé(e) de 56 ans + 1 adulte + 2 enfants : 147,96 €/mois.
Sous réserve du maintien de la couverture de garantie par les régimes obligatoires d'Assurance Maladie et des obligations fiscales et sociales applicables à la Mutuelle au 01/08/2020 (TSA = 13,27%).

Service Conseils & Souscription de Pavillon Prévoyance
Tél. 05 56 43 59 30 - *souscription@associationactiom.com*

OFFRE MÉDOC
Contrat collectif facultatif

Ma Commune Ma Santé

PAVILLON PRÉVOYANCE
SANTÉ - PRÉVOYANCE - RETRAITE
Ma mutuelle va plus loin

Selon les conditions du contrat et de la notice d'information - Sous réserve de modifications règlementaires non publiées à la date d'établissement du présent document (1er août 2020)
Pourcentage sur la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins coordonnés. Contrat « responsable et solidaire ».

GARANTIES	COUVERTURE TOTALE*	COMMENTAIRES
HOSPITALISATION		
• Forfait journalier hospitalier	100 %	Des dépenses réelles
• Séjour chirurgical et médical	100 %	Des dépenses réelles sur la base du tarif de la clinique ou de l'hôpital Séjour illimité
• Soins hospitaliers		
Médecins adhérents à un DPTM**	100 % à 140 % (1)(2)	Soins à 100 %, imagerie médicale à 120 %, chirurgiens, cardiologues et anesthésistes jusqu'à 140 %
Médecins non adhérents à un DPTM**	100 % à 120 % (1)(2)	
• Traitement du cancer		
Médecins adhérents à un DPTM**	120 % ou 140 % (1)	Imagerie médicale à 120 %, chirurgiens et anesthésistes jusqu'à 140 %
Médecins non adhérents à un DPTM**	100 % ou 120 % (1)	Imagerie médicale à 100 %, chirurgiens et anesthésistes jusqu'à 120 %
• Maison de repos, convalescence, centre de rééducation moyen séjour	100 %	Frais de séjour illimités
• Frais d'accompagnement	275 €	27,50 €/jour dans la limite des dépenses réelles,soit 10 jours max./hospit. Maxi/jour en fonction du tarif de la chambre particulière.
• Chambre particulière **avec nuitée**	57 €	Séjour illimité en chirurgie y compris maternité **60 jours** maxi en hospitalisation médicale
	49 €	**30 jours** maxi en rééducation ou convalescence ou moyen séjour ou psychiatrie ou alcoologie
• Accouchement	140 %	Obstétricien ou anesthésiste pour un accouchement en clinique privée
TRANSPORT	100 %	Ambulances, véhicules sanitaires légers
SOINS COURANTS (2)		
• Consultations et visites généralistes, spécialistes		
Médecins adhérents ou non à un DPTM**	100 %	
• Imagerie médicale		
Médecins adhérents ou non à un DPTM**	100 %	
• Analyses et examens de laboratoire	100 %	
• Honoraires paramédicaux	100 %	Soins infirmiers - Massages - Kinésithérapie
• Médicaments remboursables	100 %	
• Vaccin antigrippal	100 %	Des dépenses réelles
PROTHÈSE		
• Orthopédie et petit appareillage remboursés	100 %	Dans la limite des dépenses réelles par appareillage
• Capillaire, mammaire, oculaire	300 %	Dans la limite d'un plafond de **300 €** par type de prothèse
AIDE AUDITIVE (3)		
Panier 100% santé ***		
• Aide auditive de classe I par oreille	100 %	Remboursement intégral
Hors panier 100% santé		
- Aide auditive de classe II par oreille	100 % + 310 €	Forfait par an/personne - dans la limite des dépenses réelles
DENTAIRE		
Panier 100% santé ***		
• Soins et prothèses 100% santé	100 %	Remboursement intégral
Hors panier 100% santé		
• Soins	100 %	
• Prothèse dentaire acceptée	300 %	Dans la limite des dépenses réelles
• Orthodontie acceptée	310 %	Dans la limite des dépenses réelles
OPTIQUE		Dans la limite des dépenses réelles
Panier 100% santé ***		
• Monture + verres 100% santé	100 %	Remboursement intégral
Hors panier 100% santé		
• Monture	60 % + Forfait	FORFAIT 60 € RO et TM inclus
• Verres	60 % + Forfait	FORFAIT 80 € par verre RO et TM inclus Forfaits lunettes valables pour une paire de lunettes tous les 2 ans (4)
• Lentilles acceptées	100 % + 200 €	FORFAIT GLOBAL par an et par personne
• Lentilles refusées	200 €	FORFAIT GLOBAL par an et par personne
PRÉVENTION		
• Cure thermale : forfait établissement	100 %	+ FORFAIT ANNUEL : 110 € par personne
• Cure thermale : honoraires de surveillance	100 %	
• Amniocentèse	45 €	Forfaits annuels par personne, dans la limite des dépenses réelles, actes prescrits par un médecin diplômé, mais non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire
• Consultation podologie en diabétologie	25 €	
• Auto tensiomètre	80 %	80 % des dépenses réelles dans la limite de 30 € par an et par famille
DIVERS		
• Forfait naissance et adoption	230 €	Prime versée sous réserve de l'adhésion de l'enfant
TÉLÉCONSULTATION (gratuit) (5)	Ce service vous est proposé en partenariat avec la plateforme MesDocteurs, accessible depuis votre Espace adhérent privatif sur www.pavillon-prevoyance.fr	

Produit : MCMSC2
* Incluant la part de l'Assurance Maladie Obligatoire. ** DPTM : Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM, OPTAM-CO...). *** Prise en charge à 100% du panier 100% santé selon la réglementation en vigueur sur les prix limites de vente.
Imagerie médicale : radiologie, échographie, scanner, endoscopie... - RO : régime obligatoire - TM : ticket modérateur.

(1) Selon la nature de l'intervention ou des soins. (2) Pas de prise en charge hors parcours de soins coordonnés de la diminution du taux de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire et des dépassements d'honoraires. Remboursement des dépassements d'honoraires minoré pour les médecins n'ayant pas adhéré à un DTPM. (3) Limité à un appareil par oreille tous les quatre ans. (4) A compter de la date d'acquisition de l'équipement optique : limité à une monture et deux verres, une fois tous les deux ans, excepté pour les personnes âgées de moins de 16 ans ou renouvellement justifié par une évolution de la vue, tous les ans. (5) Le service de téléconsultation MesDocteurs permet de mettre en relation un professionnel de santé et un patient dans le cadre d'une consultation réalisée à distance et allant jusqu'à l'émission d'une ordonnance (hors arrêt de travail, médicaments à prescription restreinte, dispense sportive) si le médecin l'estime nécessaire (certaines prescriptions définies dans les conditions générales du service sont exclues). Le service de téléconsultation MesDocteurs n'a pas pour objet de remplacer les consultations avec le médecin traitant et ne correspond pas à un service d'urgence. En cas d'urgence, contacter le 15 ou le 112. Votre mutuelle prend en charge le forfait sur les actes lourds et ne prend pas en charge les franchises appliquées par l'Assurance Maladie Obligatoire : participation forfaitaire d'1€ à chaque consultation et acte médical, 0.50€ par boîte de médicament et par acte paramédical, 2€ par transport sanitaire.

Union régie par le Code de la Mutualité et ses dispositions du Livre II, Siren n° 442 978 086 RCS Bordeaux.

Edition 2021

MUTUALITÉ FRANÇAISE

Contrat collectif facultatif « Frais de santé » souscrit par ACTIOM
Action de Mutualisation pour l'amélioration du pouvoir d'achat

ACTIOM
Association loi 1901

Siège social : 8 avenue Roger Lapébie - ZI Chanteloiseau, 33140 Villenave-d'Ornon
www.associationactiom.org - souscription@associationactiom.com
Association régie par la loi du 1er juillet 1901 et le décret du 16 août 1901.

SOLIDARITE D'AQUITAINE
Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et ses dispositions du livre II, Siren n° 781 848 221, substituée par :
PAVILLON PRÉVOYANCE 90 avenue Thiers - CS 21004 - 33072 Bordeaux Cedex

PAVILLON
SANTÉ - PRÉVOYANCE - RETRAITE
Ma mutuelle va plus loin
MUTUALITE FRANÇAISE

BULLETIN D'AFFILIATION

À RENVOYER À

Association ACTIOM
Ma Commune Ma Santé
90 avenue Thiers - 33100 Bordeaux

Niveau 1 ❑ Niveau 2 ❑ Niveau 3 ❑ Niveau 4 ❑ Niveau 5 ❑
Niveau H1 non responsable ❑ Niveau H2 non responsable ❑

❑ **Offre Médoc**
❑ Adhésion ❑ Modification N° d'adhérent : .....
❑ Contrat loi Madelin [1], mois de clôture comptable : .....

Code courtier : PAV .....

ADHÉRENT

NOM : ..... PRÉNOM : .....
Adresse : .....
Code postal : ..... Ville : .....
Tél. : ..... N° de Sécurité sociale : .....
E-mail : .....

L'affiliation au présent contrat entraine mon adhésion et celle des membres de ma famille désignés ci-dessous à l'association ACTIOM souscriptrice du contrat.

Je demande mon adhésion et celle des membres de ma famille nommés ci-dessous
à partir du .....
Cotisation mensuelle .....€
Tarification valable jusqu'au 31 décembre 2021 [2]
Hors frais d'adhésion à l'association ACTIOM (1 €/mois)
et Service + (1€/mois)

Ayant(s) droit	Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe	Garantie choisie
Conjoint	.....	.....	...../...../.....	.....	.....
1er Enfant	.....	.....	...../...../.....	.....	.....
2e Enfant	.....	.....	...../...../.....	.....	.....
3e Enfant	.....	.....	...../...../.....	.....	.....
4e Enfant	.....	.....	...../...../.....	.....	.....
5e Enfant	.....	.....	...../...../.....	.....	.....

Je dispose d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires en cas de vente à distance ou de démarchage à domicile.

Pièces à joindre avec votre bulletin d'affiliation :
- Photocopie de l'attestation papier jointe à votre carte Vitale pour vous et les membres de votre famille.
- Relevé de situation de l'organisme d'assurance maladie complémentaire précédent le cas échéant.
- Pièce d'identité du souscripteur
- Demande de prélèvement de cotisations complétée, accompagnée d'un relevé d'identité bancaire, postal ou Iban
- Justificatif de domicile
- Attestation de scolarité pour les enfants de 16 à 28 ans ou avis d'imposition s'ils sont fiscalement à charge
- Devoir de conseil signé
- Une attestation d'affiliation à jour des cotisations.

Je reconnais avoir reçu la fiche devoir de conseil, les documents d'information sur la garantie santé et le distributeur, la(les) fiche(s) garantie(s), les statuts, la notice d'information du contrat et le modèle de lettre de renonciation.

À ..... Le ...../..... /.....
Signature de l'adhérent (précédée de la mention «lu et approuvé»)

(1) Contrat Loi Madelin : lorsque la mention « Contrat Loi Madelin » est cochée, la présente adhésion entraîne l'adhésion à l'association Loi Madelin dite « Association Nationale de Prévoyance des Professions Indépendantes » (A. N. P. P. I). (2) Sous réserve de modifications législatives ou règlementaires.

Ratio prestations/cotisations : 66,96 % . Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties. Ratio frais de gestion : 29,39 %. Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais de gestion occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion. Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information adhérent, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le rester des garanties contractuelles». Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées par Pavillon Prévoyance dans un fichier informatisé pour être utilisées par Pavillon Prévoyance et ses partenaires dans le cadre de la gestion de votre contrat frais de santé et par l'association Actiom pour le fonctionnement de l'association. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée et à la réglementation en vigueur, vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : Pavillon Prévoyance, Service Relation Adhérents, 90 avenue Thiers - CS 21004 - 33072 Bordeaux Cedex pour la gestion de votre contrat frais de santé. L'association Actiom, 8 avenue Roger Lapébie – ZI Chanteloiseau – 33140 Villenave-d'Ornon pour le fonctionnement de l'association. Pour accéder à notre Politique de Protection des Données : www.pavillon-prevoyance.fr/politique-protection-des-donnees. Conformément à l'article L.223-1 et suivants du Code de la consommation vous disposez du droit à vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique.

Édition 2021 - BAMCHS

ACTIOM
Association loi 1901

Siège social : 8 avenue Roger Lapébie - ZI Chanteloiseau, 33140 Villenave-d'Ornon
www.associationactiom.org - souscription@associationactiom.com

Contrat collectif facultatif « Frais de santé » souscrit par ACTIOM Action de Mutualisation pour l'amélioration du pouvoir d'achat
Association régie par la loi du 1er juillet 1901 et le décret du 16 août 1901.

PAVILLON SANTÉ - PRÉVOYANCE - RETRAITE Ma mutuelle va plus loin
MUTUALITÉ FRANÇAISE

DEMANDE DE PRÉLÈVEMENT
DE COTISATIONS

N° d'adhérent : .....

NOM : ..... **PRÉNOM :** .....

Tél. : .....

E-mail : .....

Je choisis de payer mes cotisations :

❑ Par mois ❑ Par trimestre

❑ Par semestre ❑ À l'année

À ..... Le ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent (précédée de la mention «lu et approuvé»)

À la date du : ❑ 5 ❑ 10 ❑ 15

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées par Pavillon Prévoyance dans un fichier informatisé pour être utilisées par Pavillon Prévoyance et ses partenaires dans le cadre de la gestion de votre contrat frais de santé et par l'association Actiom pour le fonctionnement de l'association. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée et à la réglementation en vigueur, vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : Pavillon Prévoyance, Service Relation Adhérents, 90 avenue Thiers - CS 21004 - 33072 Bordeaux Cedex pour la gestion de votre contrat frais de santé. L'association Actiom, 8 avenue Roger Lapébie - ZI Chanteloiseau - 33140 Villenave-d'Ornon pour le fonctionnement de l'association. Pour accéder à notre Politique de Protection des Données : www.pavillon-prevoyance.fr/politique-protection-des-donnees. Conformément à l'article L.223-1 et suivants du Code de la consommation vous disposez du droit à vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique.

MANDAT de Prélèvement SEPA

Paiement récurrent

Référence Unique du Mandat

N° I.C.S. FR23ZZZ487215

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Pavillon Prévoyance à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Pavillon Prévoyance. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque*

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

Pavillon Prévoyance
90 avenue Thiers - CS 21004
33072 Bordeaux Cedex

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom : ..... Prénom : .....

N° et rue : .....

Code postal : ❑❑❑❑❑ Ville : .....

À .....

Le ..... / ..... / .....

Signature obligatoire :

DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER

I.B.A.N.

B.I.C.

* Je m'engage à informer le créancier en cas de changement de coordonnées bancaires.

Joindre obligatoirement à cet imprimé un relevé d'identité bancaire (R.I.B.) ou postal (R.I.P.) ou de Caisse d'Épargne (R.I.C.E.)

❑ Je souhaite que mes remboursements soient effectués sur un compte différent.

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE À CRÉDITER

Nom : .....

Prénom : .....

N° et rue : .....

.....

Code postal : ❑❑❑❑❑

Ville : .....

DÉSIGNATION DU COMPTE À CRÉDITER

I.B.A.N.

B.I.C.

* Je m'engage à informer le créancier en cas de changement de coordonnées bancaires.

Joindre obligatoirement à cet imprimé un relevé d'identité bancaire (R.I.B.) ou postal (R.I.P.) ou de Caisse d'Épargne (R.I.C.E.)

Édition 2021 - DPMCMS

ACTIOM Association loi 1901

Miltis Ma Mutuelle... en toute sérénité

A retourner à :
ASSOCIATION ACTIOM
90 Avenue de Thiers – 33100 BORDEAUX
e-mail : souscription@associationactiom.com

BULLETIN D'AFFILIATION
Offre Miltis

La gestion administrative a été confiée à Alptis Assurances

CODE PARTENAIRE : 69617
MATRICULE COURTIER :
SECTEUR GÉOGRAPHIQUE :

Date d'effet souhaitée : ..... /..... /..... (JJ/MM/AAAA)

Date indiquée dans le bulletin d'affiliation sous réserve du paiement de la 1ère cotisation. La date d'effet ne peut être antérieure à la date de signature du présent bulletin d'affiliation.

☐ Nouvelle adhésion ☐ Avenant
N° adhérent :

VOS COORDONNÉES (membre participant) ☐ M. ☐ Mme

Nom(s) : _____ Prénom(s) : _____

Adresse : _____

Code postal |_|_|_|_|_| Ville : _____

Situation de famille : ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Concubin(e) ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Célibataire

Téléphone fixe/portable |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Email : _____

Code CSP* : _____ ** Agriculteurs exploitants (500) – Artisans (410) – Commerçants et assimilés (430) – Chefs d'entreprise (420) – Professions libérales et assimilées (450) – Cadres et employés de la fonction publique (280) – Cadres d'entreprises du secteur privé (220) – Employés et agents de maîtrise (242) – Ouvriers (243) – Retraités (700) – Personnes sans activité professionnelle (290)*

Le membre participant demande à adhérer à l'association ACTIOM et au contrat groupe souscrit par elle pour la garantie ci-après.

VOTRE GARANTIE

☐ Niveau 1 ☐ Niveau 2 ☐ Niveau 3 ☐ Niveau 4 ☐ Niveau 5 ☐ Niveau H1 ☐ Niveau H2

LES PERSONNES À GARANTIR

Tous les membres d'une même famille doivent souscrire à la même garantie.

☐ J'opte pour le bénéfice de la loi Madelin et j'adhère à l'association A.N.I.P. La cotisation à l'association A.N.I.P est totalement gratuite. Afin de bénéficier des dispositions de cette loi, je joins les justificatifs de ma Caisse d'Assurance Maladie et d'Assurance Vieillesse, attestant que je suis à jour de mes cotisations, et éventuellement ceux de mon conjoint et de mes enfants. (Uniquement pour les niveaux 1à 5)

	Membre participant	Conjoint(e)	1er enfant	2e enfant	3e enfant
Pour chaque enfant, indiquer s'il relève du régime de base du membre participant ou de son conjoint. En cas de naissances multiples, indiquer le rang de naissance de chaque enfant.			☐ Membre participant ☐ Conjoint	☐ Membre participant ☐ Conjoint	☐ Membre participant ☐ Conjoint
Nom(s)					
Prénom(s)					
Date de naissance	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
N° assuré social					
Régime de base(1)					
Cotisation mensuelle					GRATUIT

JOINDRE OBLIGATOIREMENT LES COPIES DES ATTESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE DES PERSONNES À COUVRIR (document annexé à la carte Vital).

(1) Régime général de la Sécurité sociale, régime Sécurité sociale des indépendants, régime des exploitants agricoles, régimes des salariés agricoles : AMEXA, régime d'Alsace-Moselle, régimes spéciaux.

MANDAT PRÉLÈVEMENT SEPA À COMPLÉTER INTÉGRALEMENT ET OBLIGATOIREMENT (Joindre 1 Relevé d'Identité Bancaire)

En signant ce formulaire de mandat, j'autorise Alptis Assurances à envoyer des instructions à votre banque pour débiter mon compte, conformément aux instructions d'Alptis Assurances. Je bénéficie du droit d'être remboursé par ma banque selon les conditions décrites dans la convention que j'ai passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée : dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé, ou sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Civilité / Nom / Prénom du débiteur

Entrée, bât., immeuble / Numéro et libellé de la voie / Lieu-dit

|_|_|_|_|_| *Code postal / Ville / Cedex / Pays*

|_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|
IBAN (International Bank Account Number)

BIC (Bank Identifier Code) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ALPTIS ASSURANCES
25, cours Albert Thomas
69003 Lyon

DATE ET SIGNATURE

VOTRE COTISATION ET MODE DE PAIEMENT

Montant de la cotisation

Tarif en vigueur jusqu'au 31 décembre de l'année en cours au moment de la signature du présent bulletin d'affiliation	
Cotisation mensuelle globale de la garantie	€
Cotisation mensuelle à l'association ACTIOM	1 €
Service + (cotisation mensuelle)	1€
Cotisation mensuelle TOTALE	€

Modalités de paiement

Par prélèvement bancaire (sans frais supplémentaire), par chèque ou par carte bancaire (CB).

En date du : ☐ 5 du mois ☐ 10 du mois ☐ 20 du mois

Fréquence : ☐ Mois* ☐ Trimestre ☐ Semestre ☐ Année

* à l'exception du paiement par chèque

Par défaut, le versement des prestations santé s'effectuera sur le même compte bancaire que celui fourni pour le règlement des cotisations.

☐ J'accepte de recevoir des informations à caractère commercial de la part de l'Assureur. J'ai la possibilité de m'inscrire sur le fichier national d'opposition au démarchage téléphonique (Dispositif BLOCTEL).

J'accepte que l'ensemble de la documentation contractuelle et des informations relatives à l'exécution du contrat soit dématérialisé, et accessible sur mon espace personnel sécurisé. Vous pouvez vous y opposer en cochant la case ci-après, et à tout moment sur simple demande :

☐ Non, je souhaite recevoir l'ensemble de la documentation contractuelle et les informations relatives à l'exécution du contrat sur support papier.

Je certifie sincères et exacts l'ensemble des renseignements portés sur ce bulletin d'affiliation et je reconnais avoir été informé(e) des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L.221-14 et L.221-15 du Code de la mutualité. Je devrais déclarer dans un délai d'un mois, toute modification sous peine de déchéance. J'autorise Alptis Assurances à établir une liaison directe (télétransmission) avec mon régime de base, afin que les remboursements complémentaires de mes frais de santé soient effectués de manière automatique.

J'atteste sur l'honneur que les personnes à garantir sont à jour du paiement des cotisations relatives aux régimes d'assurances obligatoires. Je m'engage à ce qu'il en soit de même pendant toute la durée de mon adhésion. Je reconnais avoir reçu et pris connaissance à la date indiquée ci-dessous, des statuts de Miltis, de l'association ACTIOM ainsi que de l'association ANIP le cas échéant, des notices d'informations contractuelles (Offre Miltis, Miltis Services Santé, Géo Sentinel, Sphéria et Mutac ainsi que du document d'information relatif aux frais de gestion et au rapport prestations/cotisations). J'ai la faculté de renoncer à mon adhésion, dans un délai de 14 jours calendaires révolus, selon les modalités prévue dans la notice d'information contractuelle Offre Miltis.

PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Les informations recueillies par Alptis Assurances font l'objet d'un traitement informatique aux fins de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement du dossier. Ces informations peuvent également être traitées en vue du respect d'obligations légales, notamment en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ou de l'intérêt légitime du responsable de traitement, notamment dans le cadre de la lutte contre la fraude.

Enfin, les données personnelles collectées sont susceptibles d'être utilisées à des fins statistiques, commerciales, de reporting, d'amélioration des services proposés ou de profilage, sur la base des intérêts légitimes du responsable de traitement.

Elles seront conservées pour des durées qui varient en fonction des finalités susvisées, et au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, à laquelle s'ajoutent les durées de prescription légale en vigueur.

Les destinataires des données sont, suivant les finalités et dans la limite de leurs attributions : les services compétents d'Alptis assurances, l'organisme assureur et, le cas échéant, les associations souscriptrices, le réassureur, l'intermédiaire en assurances, ainsi que les tiers habilités appelés à connaître le contrat en raison de sa gestion. Alptis assurances prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles collectées.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, toute personne concernée dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données la concernant ainsi que du droit de demander la limitation du traitement ou de s'y opposer. En outre, toute personne concernée a la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données personnelles applicables après son décès. Les demandes d'exercice de ces droits sont à adresser à : Alptis assurances, 25 cours Albert Thomas, 69445 Lyon Cédex 03 ou contact-cnil@alptis.fr. En cas de désaccord persistant, toute personne concernée peut introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés – 3 place de Fontenoy, 75007 Paris.

Alptis assurances se chargera de diffuser ces éventuelles modifications aux autres destinataires.

Pour plus d'informations, vous pouvez consulter notre Charte de protection des données à caractère personnel sur www.alptis.fr.

Fait à..... Le.....

Signature, précédée de la mention manuscrite « LU ET APPROUVE »

Action de Mutualisation pour l'amélioration du Pouvoir d'Achat (ACTIOM) : souscripteur du contrat
Association loi 1901 – 8 avenue Roger Lapédie – ZI Chanteloiseau – 33140 Villenave d'Omon

Miltis. Assureur du contrat
25 cours Albert Thomas 69003 Lyon – Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n°417 934 817)

Alptis Assurances. Intermédiaire d'assurance, gestionnaire du contrat
25, cours Albert Thomas – 69445 LYON CEDEX 03. SAS au capital de 10 000 000 € - RCS Lyon 335 244 489 – N° ORIAS 07 005 850 –
Assurance de responsabilité civile professionnelle et garantie financière conformes au Code des assurances

Informations en cas d'adhésion dans le cadre d'un démarchage à domicile

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

MODÈLE DE LETTRE DE RENONCIATION (Lettre recommandée avec A/R)

Alptis Assurances – Service Gestion – 25, Cours Albert Thomas 69445 LYON CEDEX 03

Objet : Renonciation à l'adhésion de la garantie OFFRE MILTIS - MA COMMUNE MA SANTÉ

Madame, Monsieur,

Je soussigné(e) *[Nom, Prénom, N° de membre participant]*, demeurant à *[lieu de résidence]*, ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat *[Nom et N° de contrat]* que j'ai signé le *[date]*.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait à *[Lieu]*, Le *[date]*

Signature

Annexe à votre contrat « Offre Miltis »

Information sur les frais de gestion et le rapport prestations/cotisations assureur

Madame, Monsieur,

Conformément à la loi n°2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais des contrats de complémentaire santé, nous vous prions de trouver ci-après le rapport prestations/cotisations ainsi que le montant et la composition des frais de gestion de votre futur contrat d'assurance santé.

- Le rapport prestations/cotisations (1) est de 64,30%
- Le taux des frais de gestion (2) s'établit à 30,09% répartis comme suit :

(1) Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

(2) Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.
Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

FORMALISATION DU DEVOIR DE CONSEIL

En application des articles de loi n°2005-1564 du 15 décembre 2005 du Code des Assurances

Référent :

Date: .....
Rendez-vous le : .....

Etat Civil

Monsieur	Nom:	Prénom:	Date de naissance:	Prof.:	RO:
Madame	Nom:	Prénom:	Date de naissance:	Prof.:	RO:
Enfant 1	Nom:	Prénom:	Date de naissance:		
Enfant 2	Nom:	Prénom:	Date de naissance:		
Enfant 3	Nom:	Prénom:	Date de naissance:		
Enfant 4	Nom:	Prénom:	Date de naissance:		

Coordonnées

Commune: **Téléphone:** **Adresse mail:** **Siret :** **NAF / APE :**

Contrat actuel

Assureur: **Nom contrat:** **Formule:** **Date anniversaire:**

Besoins exprimés par le prospect

HOSPITALISATION : Dépassement d'honoraires - Chambre particulière -clinique/hôpital	Inutile ☐	Faible ☐	Moyen ☐	Fort ☐	Prioritaire ☐	Obs: .....
SOINS COURANTS : Dépts d'honoraires - Analyses - Radiologie - Auxilliaires	Inutile ☐	Faible ☐	Moyen ☐	Fort ☐	Prioritaire ☐	Obs: .....
OPTIQUE : Monture - Verres Progressifs - Lentilles - Chirurgie	Inutile ☐	Faible ☐	Moyen ☐	Fort ☐	Prioritaire ☐	Obs: .....
DENTAIRE : Soins - Prothèses - Implants - Orthodontie - Actes non remboursés	Inutile ☐	Faible ☐	Moyen ☐	Fort ☐	Prioritaire ☐	Obs: .....
APPAREILLAGE : Auditif - Orthopédie - Fauteuil	Inutile ☐	Faible ☐	Moyen ☐	Fort ☐	Prioritaire ☐	Obs: .....

AUTRES BESOINS EXPRIMES (A préciser) :

.....

.....

Solutions préconisées par le référent conseil

Solution retenue par le souscripteur (cocher la solution retenue)

Choix 1	..... ☐	Choix 2	..... ☐	Choix 3	..... ☐	Choix 4	..... ☐

☐ *Je reconnais avoir été informé des différentes solutions et des conditions générales présentées par le référent ACTIOM, le cabinet* ***Groupe SOFRACO MCMS SARL JMFC Cabinet ROBY ZI Chanteloiseau 8 Avenue ROGER LAPEBIE 33140 VILLENAVE D'ORNON ,ORIAS n° .10053720.*** *RC et garanties financières conformes aux articles L1 et L530-2 du code des assurances.Toutes les garanties proposées dans le produit sont responsables, c'est à dire conforme au décret n°2014-1347 du 18 Novembre 2014 qui conditionne l'application sur votre cotisation d'un taux réduit de Taxe sur les conventions d'assurance de 7% (au lieu de 14%pour les contrats non responsables.)En cas de réclamation, nous vous recommandons de nous contacter dans un premier temps soit par téléphone au* ***.05 64 10 00 48*** *soit par courrier au* ***.MCMS ROBY MORIN ZI chanteloiseau 8 AVENUE ROGER LAPEBIE.33140 VILLENAVE D'ORNON*** *soit par mail à roby.morin@macommunemasante.com, Si malgré nos meilleurs efforts respectifs pour nous entendre, un différend persistait, vous pourriez contacter l'autorité de contrôle Prudentiel et de Résolution : 4, Place de Budapest, CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09*

☐ *Je reconnais avoir été informé de pouvoir récupérer en libre accès les conditions générales, statuts et informations règlementaires sur mon espace personnalisé ou sur associationactiom.org ou sur demande au* .....

☐ *Je choisis en toute liberté la formule* .....

Date: ..... ***Signature adhérent précédée de la mention "lu et approuvé"*** ***Signature conseiller***

Les informations portées sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatisé destiné à mieux vous conseiller. Le destinataire des données est le cabinet ..... Elles ne seront en aucun cas divulguées à des tiers en dehors des besoins nécessaires à la gestion de votre contrat.
Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 Janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à ..... Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Nom et Prénom:_____

Adresse:_____

_____

I__I__I__I__I__I Ville:_____

Destinataire
Nom _____

Adresse _____

_____

I__I__I__I__I__I Ville:_____

____ Pliez ici

Lettre recommandée de demande de résiliation

Pliez ici ____

Madame, Monsieur,

Je vous informe, par la présente lettre recommandée avec accusé de réception, de ma décision de résilier mon contrat d'assurance portant le numéro _____.

Indiquez votre cas en cochant:

☐ Entendu que je respecte le délai fixé par les conditions générales de la vente, vous voudrez bien noter que celui-ci prendra fin, sauf erreur, le _____. (article L113-12 du Code des Assurances).

☐ Ma demande intervient dans les 20 jours suivant votre avis d'échéance en date du _____ (cachet de la poste faisant foi). Par conséquent et conformément au cadre de la loi Châtel et en application des dispositions de l'article L 113-15-1 du Code des Assurances, j'entends faire cesser mon adhésion au sein de votre assurance le _____

Par ailleurs, je vous remercie de bien vouloir accuser réception de la présente et me transmettre mon certificat de radiation.

Je vous prie, d'accepter, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.

Fait à _____

Le _____

Signature: